

AUTOCERTIFICAZIONE RIENTRO A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico

IC 1 Porto Torres

I sottoscritti _____,
in qualità di genitori dell'alunno/a _____
frequentante la Scuola _____ sezione/classe _____
ai sensi dell'Art. 47 del DPR445/2000 e secondo quanto disposto nella nota Prot. 17023 del 30/10/2020 del
Direttore Generale del Ufficio Scolastico Regionale Sardegna

DICHIARANO

- di aver preso contatto con il PLS/MMG;
- di avergli descritto puntualmente lo stato di salute e i sintomi manifestati dal bambino/a;
- di aver seguito pedissequamente le indicazioni impartite potendo, pertanto, essere possibile la riammissione a scuola dell'alunno/a.

Data _____

I Genitori

Madre _____

Padre _____